



**TRABAJO FINAL DE GRADO**  
**PRE-PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Salud Mental y política pública con enfoque étnico-racial**

TUTORA: Prof. Adj. Dra. MÓNICA OLAZA

Estudiante: Dahiana De Luca

C.I: 4.140.720-3

JUNIO 2016, MONTEVIDEO

## Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Fundamentación y Antecedentes.....	4
Referentes Teóricos.....	9
Problemas y preguntas de investigación.....	13
Objetivos:	
General y específicos.....	14
Diseño Metodológico.....	15
Consideraciones Éticas.....	16
Cronograma de Ejecución.....	16
Resultados Esperados.....	17
Referencias Bibliográficas.....	18

## **Resumen**

En la actualidad reconocemos que estamos en un país diverso. Sin embargo, existen minorías que no se encuentran en igualdad de condiciones con respecto al resto de la población. Es por eso que en el marco de las políticas universales, y dentro de ellas las políticas públicas y la salud mental, se pretende dilucidar las desigualdades en las políticas actuales. El objetivo de este pre-proyecto es investigar la existencia de políticas públicas en salud mental con enfoque étnico-racial que contemplen particularmente la afrodescendencia. La metodología seleccionada es la cualitativa y la técnica a utilizar es el análisis documental.

**Palabras claves:** Afrodescendencia - Políticas Públicas - Salud Mental.

## Fundamentación y Antecedentes

El presente trabajo se propone investigar la existencia de políticas públicas en materia de salud mental que tienen como beneficiarias a las personas afrodescendientes.

Entre los antecedentes nacionales se encuentra el libro *Población afrodescendiente y Desigualdades Étnico-Raciales en Uruguay* (Scuro Somma, 2008). Este trabajo es un estudio que reúne múltiples disciplinas, analizando los mecanismos de desigualdad y discriminación racial existentes en la sociedad uruguaya. En él se afirma que nuestra sociedad es discriminadora y que la población afrouruguaya sufre la discriminación en forma constante, personal y directa. Estas formas actuales de discriminación, que están ligadas a un pasado de esclavitud, influyen en la producción de identidad y en el lugar social de los afrodescendientes.

Otro antecedente es la *Encuesta Nacional de Hogares Ampliada del Instituto Nacional de Estadísticas en 2006* (Bucheli y Cabella, 2007). En ella se observa que la población afrodescendiente ha realizado una migración hacia las áreas suburbanas, presentando también bajo nivel educativo, subalternidad en empleos, dificultad para el acceso en los niveles de atención en salud, entre otros. Todo ello da cuenta de la exclusión de la población afrodescendiente, planteándose a su vez la falta de políticas sociales para la lucha contra esta problemática. (Bucheli et al., 2008).

Otro antecedente referente al tema es el *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad Social del Uruguay*, la población afro-uruguaya en el censo 2011 (Cabella, Nathan & Tenenbaum, 2013) que comprende un análisis de los principales resultados del censo 2011, en referencia a algunos aspectos como la desigualdad existente entre la población afrodescendiente y la no afrodescendiente, el perfil educativo y el acceso a recursos a través de la satisfacción de las necesidades básicas. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se fija en identificar la falta de acceso a bienes y servicios y para su estudio se realiza una selección de las necesidades que se consideran básicas. “Las dimensiones que se consideran para el cálculo de las NBI son seis y se vinculan con el acceso a la vivienda decorosa, al abastecimiento de agua potable, al servicio sanitario, la energía eléctrica, los artefactos básico de confort y la educación” (Cabella, Nathan & Tenenbaum, 2013, p.59).

En síntesis, “los afrodescendientes con al menos una NBI representan el 51,3 % del total de las personas con esta ascendencia, 19 puntos porcentuales por encima del porcentaje de personas con NBI entre la población no afrodescendiente (32,2%).

Las necesidades básicas con mayor nivel de insatisfacción en la población afro son las relativas al confort (31,7%), la vivienda (25,8%) y la educación (14,5%), seguidas por

el saneamiento (9,1%), y el acceso al agua potable (6,5%)” (Cabella, Nathan & Tenenbaum, 2013, p.70).

El Ministerio de Educación y Cultura y la Dirección Nacional de Derechos humanos presentan en el año 2011 un informe final llamado *Hacia un Plan Nacional Contra el Racismo y la Discriminación*. Este informe es producto de una indagación previa y hace hincapié en que el estado fomente la representación de los afrodescendientes en el parlamento, así como también en otras instituciones estatales y en el ámbito privado. En el abordaje de la discriminación se debe asegurar que se lleven a cabo las sanciones correspondientes a las personas, organizaciones e instituciones en las que se realice cualquier acto de discriminación racial. En lo que respecta al ámbito laboral, se pretende promover la incorporación de las personas afrodescendientes en los diferentes trabajos ofrecidos y brindar asesoramiento en materia de derechos, planes, programas, oficios y prácticas laborales (MEC, 2011).

Al respecto, se han creado los mecanismos para el fortalecimiento de las políticas públicas, como por ejemplo los Mecanismos de Equidad Racial (MER) para favorecer y vigorizar el acceso a los servicios y programas sociales como Inmujeres (MIDES) uno de sus quehaceres es transversalizar el factor étnico-racial en las políticas públicas del Estado, a la vez que proporcionan contenido específico a las políticas de acción afirmativa. Otro departamento creado es el de La Unidad Temática para Afrodescendientes (UTA) que trabaja sobre diversos temas y líneas de acción definidas como cultura, género, entre otras.

En cuanto a la discriminación en el ámbito de la salud, se plantea un punteo sobre las propuestas para su abordaje: la incorporación del ítem *raza-etnia* en todas las historias clínicas, la formación de grupos interdisciplinarios con perspectiva étnica y en atención de usuarios para que, en el caso de denuncias de actos de discriminación, se pueda asesorar y acompañar en el proceso. Por lo tanto, es pertinente que en estas oficinas haya personas afrodescendientes y equipos sensibilizados en este tema.

Las campañas de sensibilización se establecen desde la perspectiva de igualdad étnico-racial y de género de todo el personal de salud. Se trata de desarrollar e impulsar fondos para las enfermedades de propensión étnica y su tratamiento, así como también campañas de promoción y sensibilización de la situación de salud de la población afrodescendiente y los derechos que poseen (MEC, 2011). En el artículo *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud (s/f)*, la perspectiva teórica psicosocial “propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y este lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que

hacen a las personas susceptibles a las enfermedades. De acuerdo con esta teoría, la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales fuerza a las personas a comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodepresión que tienen consecuencias en su sistema neuroendocrino (...)" (Garriga, Y., et al., (s/f), p.5).

La tesis de doctorado *Balance y perspectivas de la Ley N°19.122. Normas para favorecer la participación de afrodescendientes en las áreas educativa y laboral* (Olaza, M., 2015) es una investigación sobre la discriminación racial y la posibilidad de la implementación de acciones afirmativas para afrodescendientes en Uruguay. "La posible aplicación de políticas afirmativas genera polémica con similares argumentaciones a las que se ha escuchado a nivel internacional (...). La variable raza-etnia es fuente de desigualdad, lo que hace razonable pensar en la creación de medidas tendientes a corregirla mediante la aplicación de acciones afirmativas con perspectiva de género y generaciones" (Olaza, M., 2015, p. 5).

Se afirmaría que los grupos desfavorables en las diferentes áreas de la sociedad pueden, de alguna manera, comprender y visualizar las dificultades de los involucrados ya que si tuviesen acceso a puestos de poder y a una mejor educación pueden ser representados por su propio representante, ya que lo vivido por los representantes sería vivido por la propia persona. Esto nos hace pensar que las acciones juzgadas por otros representantes no tendría el peso de haberlo vivido, sentido como la propia comunidad. Con esto se podría lograr una sociedad más justa y equitativa.

En el campo de la salud, Olaza (2015) parafraseando a Torres-Parodi (2003) afirma que en los países donde predomina un número significativo de población étnico-racial genera en las áreas de formación de personas y mercado de trabajo la implementación de cuotas.

En otras áreas, la promoción de la salud, el acceso a los servicios y la atención médica existen ciertos mecanismos que se podrían adaptar para generar una mejor accesibilidad a toda la población étnico-racial. Desde otra perspectiva Torres-Parodi dice que: "(...) La discriminación racial es un factor social que interviene en la constitución de diferenciales de salud entre los individuos. La discriminación en el plano de la salud se opera a través de diferentes formas, tales como dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, falta de información adecuada en la toma de decisiones o a través de los mecanismos indirectos (estilos de vida, lugar de residencia, tipo de ocupación, nivel de ingreso o status de los individuos)" (Torres-Parodi, 2001, p.8).

La evolución histórica de la región subordinó las minorías étnicas, por lo tanto el proceso de construcción de identidad desde estos grupos hace que el desenlace sea la desvalorización del “otro”, identificado por la cultura que sobresale por el color de la piel, el idioma o la vestimenta. El producto de este proceso de segregación y automarginación es la propagación enfermedades causada por las condiciones de vida y la dificultad de acceso a los servicios de salud (Torres-Parodi, 2001).

Como expresan (Rudolf, S, et al., 2008) las diversas fuentes de discriminación ayudan a la construcción de una identidad autodesvalorizada, que sesga a sí misma las posibilidades de desarrollo y que atribuye niveles de sufrimiento evitables. Este perfil forma una percepción fatalista de la vida, que se manifiesta en las actitudes individuales y en las iniciativas colectivas que se tornan débiles. De acuerdo a lo dicho por estos autores y a los hallazgos presentados en los otros antecedentes expuestos, podemos suponer que la salud mental se ve afectada por las desventajas que enfrentan las personas afrodescendientes. Empero, (Rudolf, S, et al., 2008) indican algunos cambios favorables. Por ejemplo, que las acciones de las organizaciones del colectivo afrodescendiente dan cuenta de una mayor autoafirmación y las políticas de acción afirmativa que, si bien son escasas, otorgan una mayor visibilidad a la población afrodescendiente y sus derechos. En este sentido el desarrollo de este pre-proyecto permitiría dilucidar si existen políticas públicas en materia de salud mental con enfoque étnico-racial. En caso afirmativo, cuáles serían esas políticas públicas y si algunas están dirigidas a personas afrodescendientes, en caso negativo porque están ausentes.

### **Referentes Teóricos**

Las políticas públicas se definen como un conjunto de acciones y decisiones dirigidas a solucionar los problemas de la población, como por ejemplo sociales, económicos, ambientales, entre otros (PNUD, 2011). La inclusión de la dimensión étnico-racial en la producción de la información hizo que el estado intensifique sus esfuerzos adoptando medidas a favor de los afrodescendientes con el fin de mejorar su integración y reducir las inequidades. Amparar la diversidad étnica y cultural hace que se planteen políticas de acción afirmativa. (UNFPA, Naciones Unidas Uruguay, s/f). El estado, por ejemplo, legisló al respecto en 2013 la Ley 19.122 *Afrodescendientes, Normas para favorecer su participación en las áreas de educativa y laboral*. Esta ley admite la desigualdad social y la discriminación étnico-racial de la que es objeto la población afrodescendiente. Para eso se plantea una serie de acciones para la restitución de oportunidades, tanto educativas como laborales (Ministerio de Desarrollo Social,

2015). Sin embargo, esta ley no prevé acciones en el campo de la salud y estas políticas de acción afirmativa son nuevas en referencia a la historia universal. El concepto de acción afirmativa surge en los Estados Unidos en la década del 60 como resultado de movimientos de masas civiles que luchaban por los derechos civiles, la igualdad y la integración de las minorías étnico-raciales. No es un fin en sí mismo, sino que es un mecanismo para reducir las inequidades existentes y de este modo generar oportunidades a las minorías para el acceso al empleo, viviendas, fondos públicos, educación y representación política (Torres- Parodi, 2003). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) propone la siguiente definición de este tipo de políticas: “La acción afirmativa es un conjunto coherente de medidas de carácter temporal dirigidas a corregir la situación de los miembros del grupo al que están destinadas en un aspecto o varios de su vida social para alcanzar la igualdad efectiva” (2000). Por lo tanto, la característica étnico-racial puede emplearse como base para acciones políticas o programas de salud para así mejorar la equidad en los grupos vulnerables.

Otra área importante es la promoción en salud dirigidas a los grupos objetivos. Estos deben apelar a un contenido y lenguaje apropiado para que sea un proceso participativo, incorporando los elementos culturales de dicho grupo, en este caso el grupo étnico-racial (Torres- Parodi, 2003).

Algunos de los factores que afectan a la salud de estos grupos étnicos son el acceso a los servicios, ya sea por la ubicación y costos de los mismos, el lenguaje y los valores culturales (la visión de las causas de salud y enfermedad que tiene cada grupo étnico), la calidad de atención, entre otros. Torres-Parodi y Burbano (2009) plantean que “la existencia de inequidades de salud que dan cuenta del origen étnico como un determinante social, que genera mecanismos de exclusión, se revela cuando la información de salud aparece desagregada por origen étnico (...)” (p.18).

En referencia a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creara la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el objetivo de recabar evidencia científica para generar un movimiento a nivel global para la equidad en salud. En el año 2008 en su reporte final para subsanar las desigualdades quedaron las conclusiones resumidas en tres ejes de acciones: mejorar las condiciones de vida, la lucha contra la distribución desigual del poder, dinero y recursos para promover la equidad y la medición del problema para analizar y evaluar los efectos de las intervenciones, para que los mismos se conviertan en un objeto de evaluación por parte de los gobiernos (García, 2013). Por estas latitudes, los proyectos de este tipo son varios. A modo de ejemplo, Argentina ha implementado programas que incluyen componentes de Determinantes



Sociales de la Salud (DSS) como el programa de Médicos Comunitarios, Bolivia el Modelo de Salud Familia Comunitaria Intercultural (SAFCI), Brasil el Programa Salud de Familia (Saúde de Família), entre otros.

En Uruguay, en el año 2007 se decretó la Ley 18.211 *Sistema Nacional Integrado de Salud*. El Artículo 1° nos informa que:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

(p.1)

Esta ley contiene doce principios rectores que se detallan en el Artículo 3°, centrándonos en los primeros cuatro:

a) La promoción de salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, b) la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, c) la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud, d) la equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones. (p.1)

El anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental de Uruguay (Asamblea Constituyente, 2015), en cuanto que respecta a la Salud Mental declara en el Artículo 1°:

Objeto – La presente Ley tiene por objeto garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la salud mental de todas las persona sin distinción, exclusión o restricción por motivos de raza, color, edad, sexo, orientación sexual, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, de origen nacional, social, condición económica o cualquier otra circunstancia. (p.1)

En su capítulo 2, Artículo 3° define la salud mental como:

Un componente fundamental de la salud integral. Constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica, vinculado a la concreción del derecho a la vida digna, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, entre otros derechos inherentes a su condición de persona. (p.1)

A partir de las consideraciones precedentes, diremos que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho de la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados

por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (...)" (Comité General, Facultad de Minnesota, 2000, p. 1).

Con respecto a lo anterior, en el año 2002 la OMS creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental que servirá para concientizar y acrecentar la capacidad de respuesta de los gobiernos en relación a los problemas de salud mental, mejorar la eficacia y la calidad de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, como así también reducir los estigmas y la discriminación. Una de cada cuatro personas, o sea el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. La Reunión Regional de Etnicidad y Salud en las Américas (2015) dice que "la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aprobada en 2014 se refiere específicamente a las personas de ascendencia afrodescendiente e indígenas como algunos de los grupos más afectados que enfrentan problemas de exclusión y la falta de acceso a servicios de calidad adecuados" (p.1).

La Ley N° 18.335 *Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud* en su Artículo 2° afirma que "Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica" (p.1). "Las políticas públicas en salud mental las podríamos definir como el marco jurídico, conceptual e ideológico que define las estrategias y la forma de dar atención a las llamadas enfermedades mentales. Su construcción en un nivel macro depende de actores políticos (gubernamentales) y jurídicos que son los encargados de la redacción y de la aplicación de leyes" (Techera, Apud, 2013, p. 25).

### **Problema y preguntas de investigación**

Desde la década de los noventa, la situación de los pueblos indígenas y afrodescendientes ha cobrado importancia. De ello da cuenta la Conferencia Mundial de los Pueblos Indígenas (CMPI), desarrollada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2014. El documento final de la reunión hace hincapié en las prácticas de salud de los pueblos indígenas, su conocimiento y medicina tradicional y cómo asegurar la igualdad de acceso al más alto nivel de salud física y mental.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental tiene como meta colaborar con los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad de reducción de los riesgos, el

estigma, la carga de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental de la población (OMS-PSM, 2002).

Existen experiencias de países como Estados Unidos, Colombia, Argentina y Brasil que permiten visualizar cuales son las enfermedades que afectan en mayor proporción a la población afrodescendiente. Para ello, se identificaron los problemas de salud predominantes en esta población. Algunos de los problemas encontrados fueron el SIDA, la diabetes y la mortalidad infantil. La detección de las patologías predominantes permitió la posterior implementación de campañas de prevención, información y sensibilización con un enfoque étnico-racial.

En Uruguay, el Área Programática para la Salud Mental perteneciente al Ministerio de Salud, organismo rector de las políticas en salud, entiende que la protección integral de salud es un derecho humano fundamental, y que el estado es el responsable de crear las condiciones necesarias para su efectivo ejercicio. El Área conceptualiza la salud mental como un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, culturales, biológicos, socioeconómicos y psicológicos, inseparable de la salud integral. Las políticas de salud mental tienen que contemplar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y ser sustentadas en un marco jurídico apropiado a los tiempos, a los avances en los conocimientos tecnológicos y científicos y desde una perspectiva que incorpore los derechos humanos de todas las personas. (Fernández, C., comunicación personal, febrero 19, 2016).

Sin embargo, la sistematización de los datos del censo 2011 reafirma la desigualdad racial en todo el territorio uruguayo. Los afrodescendientes se ubican en las franjas más perjudicadas dentro de los diecinueve departamentos (Cabella et al., 2013).

En Uruguay, la población que se autodefine como afrodescendiente corresponde al 8,1%, según datos obtenidos en el censo 2011. La información a partir del mismo confirma que las personas afrodescendientes se desempeñan en los peores puestos de trabajo y en peores condiciones en comparación con el resto de la población no afrodescendiente (Cabella et al., 2013). Esta población se ha caracterizado históricamente por vivir en condiciones de pobreza (Olaza, 2008).

Considerando que es en función de los ingresos que se accede o no a bienes y servicios de calidad y como se mencionó con anterioridad, las personas afrodescendientes están en desventaja con respecto al resto de la población. Por ello, nos preguntamos ¿Hay políticas públicas en salud mental con enfoque étnico-racial afrodescendiente? ¿Cuáles son?

## **Objetivos**

### **General:**

Aportar al estudio de las políticas públicas para la salud mental con enfoque étnico-racial.

### **Específicos:**

Explorar si existen políticas públicas de salud mental que consideren la especificidad étnico-racial afrodescendiente.

Describir y analizar las políticas públicas en salud mental con enfoque afrodescendiente.

## **Diseño metodológico**

En razón del problema y los objetivos, la metodología que se adecúa a esta investigación es la cualitativa. Se llevará a cabo una revisión y análisis documental, a modo de ejemplo (leyes, decretos, resoluciones ministeriales) relativas a la salud mental, con el fin de indagar si contiene un enfoque étnico-racial.

La búsqueda se realizará en el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Parlamento Nacional, en la Comisión honoraria contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación que tiene como cometido el monitoreo de las políticas de acción afirmativa, el Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social (el instituto de INMUJERES y dentro de este el Departamento de Mujeres Afrodescendientes), Ministerio de Trabajo y seguridad Social, Intendencia de Montevideo (La Unidad Temática por los Derechos de los Afrodescendientes).

Respecto al análisis documental, esta técnica proporcionará información significativa a través del relevamiento y análisis de los documentos producidos en la esfera pública.

Es posible que se realicen entrevistas con los agentes políticos y sociales promotores de las políticas públicas en los asuntos afrodescendientes.

La investigación social basada en documentos se dedica a reunir, seleccionar, analizar datos que están en forma de “documentos” producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado, conociéndose también como investigación basada en fuentes secundarias. Los documentos son un soporte material de los fenómenos, hechos y manifestaciones de la realidad social, con independencia de la acción del investigador. Los documentos que se utilizan habitualmente son documentos

institucionales (ministerios, organismos internacionales), empresariales (balances, cartas, etc.), organizaciones (ONG, sindicatos, universidades, etc.), personales (cartas, diarios, autobiografía, videos domésticos, fotografía, etc.), medios de comunicación (periódicos, anuncios publicitarios, televisión, folletos, etc.). El análisis documental es importante porque además de construir el marco referencial hay que conocer los aspectos históricos, normativos, institucionales, de opinión pública, organizacionales, contextuales (demográficos, situacionales, etc.) entre otros que estén relacionados con el tema de investigación (Gómez, et al., (s/f)).

A los documentos se les puede “entrevistar” mediante preguntas implícitas y se les puede “observar” con la misma intensidad y emoción con la que se observa un rito nupcial, una pelea callejera o una manifestación popular. En este caso, la lectura es una mezcla de entrevista/observación y puede desarrollarse como cualquiera de ellas. (citado de Gómez, et al., (s/f): Ruiz, O., Ispizua, M., 1989, p. 69)

### **Consideraciones éticas**

A pesar de que esta investigación se realizará con documentos, se toman en cuenta los lineamientos instituidos dentro del código de ética profesional del psicólogo establecido por el decreto número 379/008 (MSP, 2008), que en nuestro país se rige y se aplica en toda investigación que involucre seres humanos y que se diseñe un consentimiento informado. En la participación de los actores y agentes involucrados en la presente investigación, se les informara sobre la misma y sus correspondientes etapas, como así también se les solicitará un consentimiento libre e informado. Las personas involucradas deben ser mayores de edad por lo que responderán libremente por su participación en la investigación y podrán dejar sin efecto la misma en el momento que así lo deseen. Estas consideraciones respetan los derechos de la población objetivo, así como los derechos y obligaciones de los investigadores involucrados de acuerdo con el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (Coordinadora de Psicólogos, 2001).

## Cronograma de ejecución

Actividades	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre	Quinto Trimestre	Sexto Trimestre
Revisión de la bibliografía						
Análisis (ubicación, selección de documentos)						
Realización del informe final						
Difusión						

### Resultados esperados

Mediante el desarrollo del presente pre- proyecto de investigación se espera poner en conocimiento a los decisores de políticas públicas de la existencia o ausencia de políticas de salud mental con enfoque étnico-racial y visualizar la importancia de su formulación en el caso de la población afrouruguaya.

### Referencias bibliográficas

Aguirre, A., Antunez, M., Arozamena, C., Celhay, M., Del Castillo, R., De León, N., (...) y Pieyrot, H. (2009). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de: [http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page\\_25.html](http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html)

Bucheli, M. y Cabella, W. (2007) Perfil demográfico y socio-económico de la población uruguaya según su ascendencia racial. *Notas de Población CEPAL* (91). Recuperado de: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12876/np91161200\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12876/np91161200_es.pdf?sequence=1)

Cabella, W., Nathan, M. & Tenenbaum, M. (2013). *La población Afro-Uruguaya en el Censo 2011*. (Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 2). Montevideo: Trilce.

Comité General, Universidad de Minnessota. (2000). Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El

derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Recuperado de: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. (2001) "Código de ética profesional del psicólogo/a". Recuperado de: <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>

De Oliveira, L. (2012). Desigualdades Étnico Raciais e Políticas Públicas no Brasil. *Revista da ABPN* 3 (7), 7-28. Brasil. Recuperado de: <http://www.abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/286/204>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Naciones Unidas Uruguay. (s/f) *Población y Políticas Públicas. Apuntes para el debate. Población Afro en Uruguay: Ahora visible pero aún sin políticas*. Recuperado de: [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/65\\_file1.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/65_file1.pdf)

García, J., Vélez, C., (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista Salud Pública* 15 (5), 731-742. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>

Garriga, Y.; Navarro, J.; Saumell, A.; Serviat, T.; León de la Hoz, J. y García, S. (s.f.). *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud*. Recuperado de: <http://bvs.sld.cu/revistas/inf/n1512/inf07212.htm>

Gómez, J., Grau, A., Ingellis, A., Jabbaz, M., (s/f). *Técnicas cualitativas de investigación social. Grado de Relaciones Laborales y Recursos Humanos*. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia Open course Ware. Recuperado de: [http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema\\_6\\_investigacion\\_documental.pdf](http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema_6_investigacion_documental.pdf)

Heredia, C., Andrés, J., Giraldo, U., Fernando., López, V., Augusto, C. (2009). Un breve acercamiento a las políticas de Acción Afirmativa: orígenes, aplicación y experiencia para grupos étnicos-raciales en Colombia y Cali. *Revista Sociedad y Economía* (16), 159-170. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99612491009>

Morales Calatayud, F. (1997). Introducción al campo de la salud .En *Introducción al estudio de la psicología de la salud* Cap. 1 (pp. 1-37) México: Univisión. Recuperado de: [http://www.academia.edu/9509976/Francisco\\_Morales\\_Calatayud](http://www.academia.edu/9509976/Francisco_Morales_Calatayud)

Olaza, M. (2008). *La cultura afro uruguaya. Una expresión de multiculturalismo emergente de la relación global-local*. Montevideo: Biblioteca Plural

Olaza, M. (2015). *Balance y Perspectivas de la Ley N° 19.122. Normas para favorecer la participación de afrodescendientes en las áreas educativa y laboral*. Doctorado en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Universidad de la República, Inédito.

OMS (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental* Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *Proyecto regional Población afrodescendiente de América Latina. Políticas públicas para la inclusión*

*social de la población afrodescendiente*. Ciudad de Panamá: PNUD.

Recuperado de:

[http://www.afrodescendientesundp.org/FCKeditor\\_files/File/cartilla\\_politicas.pdf](http://www.afrodescendientesundp.org/FCKeditor_files/File/cartilla_politicas.pdf)

Rudolf, S., Díaz, A., Díaz, J., Ricarte, C., y Rorra, O.,. (2008) Las vivencias de la discriminación en la población afrodescendiente uruguaya. En L.Scuro Somma (coord.) *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. (pp.144-173). Montevideo: PNUD. Recuperado de:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886-e409-45db-868d-d4bd5ff4e92a>

Scuro Somma, L. (2008) *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: PNUD. Recuperado de:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886-e409-45db-868d-d4bd5ff4e92a>

Taylor, S. y Bogdan, G (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós

Torres-Parodi, C. (2001a) Etnicidad y salud: Otra perspectiva para alcanzar la equidad. En *Equidad en Salud: desde la perspectiva de la etnicidad. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano*. (pp.7-42) Washington, DC. OPS Recuperado de:

[http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div\\_enlinea/Etnicidad%20y%20salud,%20OPS.pdf](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_enlinea/Etnicidad%20y%20salud,%20OPS.pdf)

Torres-Parodi, C. (2001b) La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Revista Panamericana Salud Pública* 10 (3), pp.188-201. Washington, DC.

Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>

Torres-Parodi, C. (2003). *Acciones Afirmativas para lograr la Equidad de Salud para los Grupos Étnico-Raciales, documento presentado en el Taller Regional para la Adopción e Implementación de Políticas de Acción Afirmativa para Afrodescendientes de América Latina y el Caribe*. Montevideo: OMS. OPS.

Torres, C. y Mujica, O. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Revista Panamericana Salud Pública* 15 (6), pp.430-439.

Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n6/22178.pdf>

Torres, C. y Burbano, E. (2009). *Etnicidad y Salud*. OPS-OMS- Washington, DC.

Recuperado de:

[https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3259/mod\\_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad\\_3.2lp/lp\\_3.2\\_Etnicidad%20y%20Salud.pdf](https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3259/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.2lp/lp_3.2_Etnicidad%20y%20Salud.pdf)

Uriarte, P. (2011). *Hacia un Plan Nacional Contra el Racismo y la Discriminación. Informe Final*. Montevideo: MEC. Recuperado de:

[http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/10904/1/d\\_informe\\_etnicidad.pdf](http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/10904/1/d_informe_etnicidad.pdf)

Uruguay. Poder Legislativo. (1936). *Ley 9.581 Psicópatas. Se organiza asistencia*.

Recuperado de:

[https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly\\_Nro=9581&Searchtext=&Ly\\_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=10-10-2015&Ly\\_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=27-04-2016](https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=9581&Searchtext=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=10-10-2015&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=27-04-2016)



Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: [https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly\\_Nro=18211&Searchtext=&Ly\\_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=10-10-2015&Ly\\_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=27-04-2016](https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=18211&Searchtext=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=10-10-2015&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=27-04-2016)

Uruguay. Poder Legislativo. (2008). *Ley N°18.335 Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud*. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335.pdf>

Uruguay. Poder Legislativo. (2013). *Ley N° 19.122 Afrodescendientes. Normas para Favorecer su Participación en las Áreas Educativas y Laboral*. Recuperado de: <https://sip21webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3960423.htm>

Uruguay. Poder Ejecutivo. (2014). Decreto Reglamentario 144/104. Ley de acciones afirmativas para afrodescendientes. Ley 19.122. 21/08/2013  
Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/144-2014>

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. División de Derechos Humanos - Dirección Nacional de Promoción Sociocultural. (2015). *Quilombo 2015: Afrodescendientes y derecho a la salud*. Montevideo. Recuperado de: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57249/1/doc\\_base\\_quilombo\\_2015.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57249/1/doc_base_quilombo_2015.pdf)

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. (s/f) *La inclusión de la dimensión racial en la producción de información. Diagnóstico sobre programas y políticas para la equidad de género y raza en los organismos del Estado*. Recuperado de: [http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21588/1/14\\_la\\_inclusion\\_de\\_la\\_dimension\\_racial\\_en\\_la\\_produccion\\_de\\_info.pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21588/1/14_la_inclusion_de_la_dimension_racial_en_la_produccion_de_info.pdf)

Uruguay. Unidad Temática por los Derechos de los Afrodescendientes (s/f). *Plan de Acción 2010-2015*. Montevideo. Recuperado de: [http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/plan\\_de\\_accion\\_2010-2015-uta.pdf](http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/plan_de_accion_2010-2015-uta.pdf)